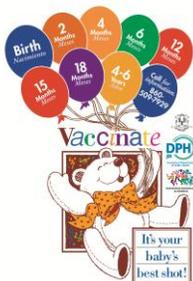


Connecticut Immunization Registry and Tracking System (CIRTS)

[Sistema de Registro e Controle de Imunização de Connecticut]

Programa de Imunização do Departamento de Saúde Pública de Connecticut

410 Capitol Avenue MS #11 MUN Hartford, CT 06134-0308 Tel: 860-509-7929 Fax: 860-509-8370



PARABÉNS DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA PELO NASCIMENTO DO SEU BEBÊ! O estado oferece um programa computadorizado chamado Sistema de Registro e Controle de Imunização de Connecticut (**CIRTS**) que guarda informação de imunizações (vacinas) de sua criança.

O CIRTS:

- manterá um registro permanente das vacinas de sua criança;
- informará o médico se a sua criança tiver faltado a uma vacina;
- encontrará a história das vacinas de sua criança se você troca de médico ou de clínica;
- dará ao seu médico as formas de saúde necessárias para creche, escola, acampamento e mesmo para colégio!

**ESTA INFORMAÇÃO SERÁ GUARDADA
CONFIDENCIAL**

CT General Statutes: s19a-7h-4

Para mais informação, por favor peça uma [brochura](#) à enfermeira ou observe ao [vídeo do CIRTS](#) encontrados em todos os hospitais maternidades de Connecticut.

INFORMAÇÃO REQUERIDA (POR FAVOR PREENCHA TODOS OS ESPAÇOS)

Nome do Bebê: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: Menino Menina
(nome) (nome do meio) (sobrenome) mês dia ano (marque um)

Nome da Mãe: _____ Data de Nascimento da Mãe: ____/____/____
(nome) (nome de solteira) (sobrenome) mês dia ano

Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone Residencial (____) _____ Celular (____) _____ Telefone de Trabalho (____) _____

Nome de Contato de Emergência: _____ Telefone de Contato de Emergência (____) _____ Hospital de Nascimento do BEBÊ: _____

Nome do Médico do BEBÊ: _____ Nome da Clínica ou Grupo Médico do BEBÊ: _____ Cidade do Médico/Clínica: _____

SIM, quero que a minha criança esteja incluído no CIRTS.

→ _____ Data: ____/____/____
Assinatura do Pai/Mãe mês dia ano

NÃO, NÃO QUERO que a minha criança esteja incluído.

Nome do bebê: _____
Data de Nascimento do Bebê : ____/____/____
mês dia ano

→ _____ Data: ____/____/____
Assinatura do Pai/Mãe mês dia ano

O CIRTS é um programa do Departamento de Saúde Pública de CT